

**MICROSEGURO DE HOSPITALIZACIÓN
POR ACCIDENTE**

CONDICIONES PARTICULARES



CONDICIONES PARTICULARES

Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros, en adelante LA COMPAÑÍA, emite la presente Póliza bajo los siguientes términos y condiciones:

1. DATOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Razón social	Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros
RUC	20600098633
Dirección	Av. Jorge Basadre 310, Piso 2.
Distrito	San Isidro.
Provincia	Lima.
Departamento	Lima.
Teléfono	Lima (01) 4174400 / Provincia (0801) 17440.
Correo electrónico	gestionalcliente@crecerseguros.pe

2. DATOS DEL COMERCIALIZADOR

Nombre o Razón social	
RUC	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Comisiones por comercialización	

3. DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón social	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	

4. DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Nombre del corredor	
Domicilio	
Distrito	
Provincia	
Departamento	
Número de registro oficial	
Comisión	

5. DATOS DE LA POLIZA DE SEGUROS

N° Póliza	XXXXX
Ramo	Accidentes personales
Moneda	XXX
Fecha de emisión de la póliza	XX/XX/XXXX
Inicio de Vigencia	Desde las 00:00 horas del XX/XX/XXXX

Fin de Vigencia	XX/XX/XXXX"
Renovación	XXXXX

6. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Edad mínima de ingreso	"X"
Edad máxima de ingreso	"X"
Edad máxima de permanencia	"X"

7. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA

Cobertura	Suma asegurada	Condiciones
Hospitalización por Accidente	Suma asegurada: XXX	Periodo de carencia: XXX Deducible: XXX Número máximo de eventos cubiertos: X durante la vigencia del seguro Plazo mínimo de hospitalización: X días.
Muerte Accidental	Suma asegurada: XXX	Periodo de carencia: XXX
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Suma asegurada: XXX	Periodo de carencia: XXX Número máximo de eventos cubiertos: X durante la vigencia del seguro.

Asistencia	Condiciones
XXXX	XXX

8. BENEFICIARIO

Cobertura	Beneficiario
Hospitalización por Accidente	El asegurado
Muerte Accidental	El señalado en la Solicitud-Certificado
Invalidez Total y Permanente por Accidente	El Asegurado

9. EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA no pagará la cobertura cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

- a) **Preexistencia:** condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia las secuelas producidas por un accidente previo a la contratación del seguro, independientemente de si el fallecimiento como consecuencia de este se produce durante la vigencia del seguro.

- b) Lesiones sufridas en acción militar, policial o de resguardo (por ejemplo: seguridad privada).
- c) Participación del asegurado en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
- d) Participación del beneficiario en actos ilegales que constituyan delito relacionado o que haya causado el siniestro del asegurado.
- e) Práctica de deportes extremos, deportes de contacto físico, competición de vehículos de cualquier naturaleza y actividades temerarias o peligrosas, considerándose como tales aquellas actividades que comportan una real peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican.
- f) Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol, solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.
- g) Lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.

10. PRIMA

PRIMA COMERCIAL	XXX
PRIMA COMERCIAL + IGV	XXX

La prima incluye:

	Monto
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor	XXX
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	XXX
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	XXX

Frecuencia de pago: "XXX"

Lugar y forma de pago: "XXX"

MECANISMO DE COMUNICACIÓN PACTADO

De acuerdo a lo establecido en el Art. N° 11 del Reglamento de Pólizas de Microseguros, el CONTRATANTE declara su conformidad para que el mecanismo de comunicación asociado a la póliza sea mediante uno de los siguientes medios:

Correo electrónico: Dirección de envío de correspondencia

El CONTRATANTE deja expresa constancia de su aprobación, acordando que desde la fecha de suscripción del presente documento, el envío de promociones, cartas y/u otra documentación, será recepcionada a través del medio de comunicación previamente elegido.

Firma del Representante de Crecer Seguros	Firma del Contratante